

Oggetto: richiesta autorizzazione per socio Aggregato (non dipendente)

(Da compilare solo se lavori nelle strutture dell’Ospedale di Ravenna)

TESSERA CRALD

TESSERA MARE

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Prov _____ Indirizzo _____

C.F.: _____ Tel. _____

E-mail _____

Datore e Luogo di lavoro: _____

Motivo richiesta tessera :

Ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (“GDPR”) dichiaro di esprimere il consenso al trattamento dei dati per le finalità associative.

Dichiaro di aver ricevuto l’informtativa sulle modalità di Trattamento dei dati personali e il loro utilizzo – art.13 GDPR nonchè le modalità di accesso, revoca e cancellazione dei dati.

Firma



Data _____

Impossibilitato al ritiro delego il Sig. _____

nato a _____ il giorno _____ In fede _____

Si allega copia del documento di riconoscimento.

N.B: Il delegato per il ritiro dovrà esibire copia del proprio documento

Riservato al Crald

Ha diritto:

SI

NO

Il Presidente _____